



# Estimación de gastos y financiamiento de las FESP. Bases para costearlas y presupuestarlas

## 1. Estimación del gasto y el financiamiento

### 1.1 Introducción

Un factor fundamental para el desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en cada país está determinado por la gestión que realizan las instituciones y organizaciones que las ponen en práctica, por la capacidad de los recursos humanos implicados en el proceso y por la disponibilidad y distribución de los recursos económicos asignados para financiarlas.

En el proceso de reforma del Estado y, particularmente, del sector de la salud en la Región de las Américas, el nivel de los recursos destinados a las FESP se ha visto afectado por la introducción de modalidades —tanto de organización como de financiación— que permiten algunos privilegios en lo relacionado a la atención de las personas. La introducción de esas modalidades se debió a un modelo económico que, al princi-

pio, abogó por “reducir la intervención del Estado”. Pero este empeño por disminuir el papel del Estado perdía de vista la importancia de revisar y reforzar su obligación de asegurar los derechos de los ciudadanos al acceso a una serie de prestaciones y servicios, para los cuales el mercado *per se* ha demostrado no ser un buen administrador de recursos, sobre todo en lo que respecta a la equidad y al bienestar social.

Una de las explicaciones de ello puede residir en el hecho de que hasta ahora no se contaba con un instrumento que permitiera medir el nivel de “producto” de los sistemas de salud en el área de las FESP lo que corresponde a una seria carencia que dificulta el proceso de asignación de recursos sobre todo si éste se lleva a cabo siguiendo criterios de racionalidad o, idealmente, si se pretende la rentabilidad.

Desde el punto de vista del análisis del gasto y del financiamiento, el fortalecimiento y el desarrollo de las FESP no ha

recibido la debida atención. Es más, en lo relacionado con la atención a las personas, durante muchos años los estudios del sector mantuvieron en los distintos países una especie de tradición de concentrarse en los problemas del gasto y, en este contexto, la información se guiaba, generalmente, por cuánto se gastaba en los diferentes niveles de atención, y las conclusiones se centraban en la concentración del gasto en el nivel terciario de las zonas urbanas. A falta de una información que permitiera el análisis integral y detallado de las fuentes de financiación, se llegaba, si acaso, a la conclusión de que era la población urbana —la que contaba con más recursos, no el resto— la que hacía un uso intensivo de los establecimientos hospitalarios financiados con fondos públicos.

Con el propósito de analizar los flujos de financiación del sector, en los últimos años los países de la Región han incorporado a las iniciativas mundiales dirigidas a desarrollar una metodología que sea útil en el diseño de las políticas

sanitarias. En esta línea, la mayoría de los países ha elaborado cuentas nacionales de salud (CNS), que son matrices que permiten presentar, de un modo organizado, la trayectoria que siguen los recursos financieros desde que se integran en el sector hasta su destino final.

Si bien el desarrollo de las CNS ha sido una contribución importante en los análisis de algunas áreas —como la igualdad en la financiación—, es necesario tener presente que los sistemas de las CNS deben centrarse en garantizar la atención. En consecuencia, algunos de los elementos de las FESP quedan en un apartado denominado “gastos relacionados con la atención de la salud”, presentados en la jerga del sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas con el nombre de “bajo la línea”, para indicar que el epígrafe de gastos está relacionado, pero no es inherente a esas cuentas. Sin embargo, en los casos en que se ha tenido en cuenta el gasto en las FESP, éste ha quedado desdibujado como rubro de asuntos administrativos.

La evaluación del desempeño de las FESP en la Región —que se comenta en otro capítulo de este libro— demostró que, en general, los países alcanzaron un alto nivel de desempeño en las funciones más tradicionales —por llamarlas de alguna manera— de la salud pública. Esta conclusión refuerza el concepto de la necesidad de reestructurar la forma en que se administra la salud pública, con objeto de que los sistemas de salud estén adecuadamente preparados para abordar los problemas de salud que surgen en todo el mundo y para dar respuesta a las llamadas “enfermedades de la pobreza”, que afectan a una parte importante de la población.

Como se ha dicho en otros capítulos del libro, las FESP están relacionadas fundamentalmente con la responsabilidad que, en el sector de la salud, corresponde a las autoridades sanitarias. Así pues, su tarea fundamental consiste en establecer las reglas de funcionamiento del sistema de salud y de velar por su cumplimiento. Este papel del Estado es primordial con objeto de asegurar la igualdad, tanto en el acceso como en la financiación de la atención y la promoción de servicios sanitarios de calidad que, en definitiva, se traduzca en altos niveles de salud de la población en su conjunto y de cada uno de los subgrupos identificables según su etnia, sexo, edad y nivel de ingresos.

Durante la etapa de evaluación del desempeño de las FESP ha quedado comprobada la necesidad de estimar tanto el nivel de recursos que los países destinan a ese propósito, como sus fuentes de financiación. Conocer el nivel del gasto actual y compararlo con la estimación del costo que exige el desempeño adecuado permitirá tener un punto inicial de referencia y cuantificar los recursos adicionales requeridos, a esto se podrá agregar información para argumentar bajo qué premisas y criterios se ha venido negociando la asignación presupuestal. Al mismo tiempo, los datos sobre las fuentes de financiamiento facilitarán la posibilidad de determinar las fuentes adicionales requeridas.

Sin embargo, durante la fase de desarrollo y ensayo de la metodología que se ofrece en este capítulo, quedaron en evidencia las dificultades de la tarea. A pesar de que hay varias razones —en lo relacionado con fijar los límites del análisis—, la más importante es la forma y amplitud con que se presenta la infor-

mación sobre los presupuestos y los gastos. Además, otro desafío viene dado por la participación de múltiples instituciones en el desempeño de algunas FESP.

En el presente capítulo se esboza —ya que esta tarea implica un trabajo específico bien diferenciado que requerirá tiempo y recursos dedicados ex profeso— una propuesta metodológica preliminar para la estimación del gasto y financiamiento de las FESP,<sup>1</sup> con el fin de que la aplicación de una metodología de estas características suministre datos que tengan una gran utilidad potencial en el desarrollo de las políticas y en el ejercicio de la salud pública. A continuación se señalan algunos de los beneficios de la propuesta:

- Mejorar la capacidad de asignación de recursos —tanto inmediatos como de inversión—, en las FESP y, consecuentemente, en la eficacia del gasto público.
- Mejorar el conocimiento sobre cómo se lleva a cabo la ejecución de las FESP y sobre la forma en que los países se pueden ir aproximando al estándar.
- Contribuir al mejoramiento de la infraestructura de la salud pública y al desempeño de las FESP.
- Mejorar la calidad de los sistemas de salud en su conjunto, aumentando la capacidad normativa de las autoridades sanitarias y su desempeño.

---

<sup>1</sup> En otro capítulo se presenta una propuesta para estimar el costo de implantación de las FESP con un nivel de desempeño determinado.

- Dejar constancia de la asignación de recursos de las FESP en las estadísticas presupuestarias y, en consecuencia, en las CNS.

Por otro lado, la evolución de las nociones relacionadas con las FESP y los intentos de cuantificar el esfuerzo de la sociedad para producir las pueden clasificarse en tres grandes componentes:

- a. La Iniciativa de la OPS “La salud pública en las Américas”. Fundamentalmente, en lo que concierne a la metodología para estimar el desempeño de las FESP en los países de la Región y a su posterior ejecución.
- b. La estrategia del Banco Mundial según la cual esa institución plantea utilizar las herramientas de la salud pública para mejorar la salud de la población y contribuir a reducir la pobreza, ampliando el contenido y la calidad de su cartera de proyectos en materia de salud.
- c. Los estudios realizados en algunos estados y condados de los Estados Unidos de América para estimar el gasto y financiamiento de las funciones esenciales definidas por ellos.

A pesar de que este capítulo plantea algunas propuestas y perfila ciertas estrategias sobre cómo incorporar la cuestión de las FESP a los estudios de financiación a través de las CNS, todavía queda un reto mayor, que consiste en reconocer la necesidad de pasar del ámbito restringido en la prestación de la atención de salud a uno más amplio que incluya todos los componentes de gastos y fuentes de financiación para los programas de salud pública y que desde luego integre, en la medida de lo posible, a cada

una de las FESP en forma particular o, por lo menos, a todas ellas en conjunto.

## 2. Estimaciones del gasto en salud pública en los Estados Unidos

Desde hace una década, los Estados Unidos se han interesado por las FESP y se han preguntado cómo estimar la cantidad de recursos que se les asignan. Ya en 1993, recomendaron la necesidad de que las reformas estructurales del sector de la salud se dirigieran a modificar la asignación de los recursos, para mejorar el sistema de salud y prevenir las enfermedades. Así pues, era necesario saber a cuánto ascendía la cantidad destinada a financiar la salud pública.

Como es natural, el primer problema que se debía abordar era el de definir las funciones o los servicios esenciales de salud pública, pero la falta de un lenguaje común confundió el debate político y técnico durante el proceso de discusión de la reforma del sector de la salud en el país. Para solucionar esta cuestión, se encomendó a la Asociación de Salud Pública la tarea de estructurar ese lenguaje común. Como ya hemos señalado, la Asociación definió sus funciones o servicios mediante un proceso participativo, en el que numerosos organismos<sup>2</sup> opinaron al respecto y lograron definir diez servicios esenciales, con sus respectivas líneas programáticas de

actividades incluidas y no incluidas, lo que facilitaría el proceso de estimación de los recursos.

A mediados de los años noventa, la Secretaría de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Sociales recomendó hacer un estudio sobre la posibilidad de recopilar información periódica sobre la infraestructura de salud, incluidos el gasto y el financiamiento. A pesar de que los criterios eran todavía provisionales y, por lo tanto, no permitían establecer sistemas de información sistemáticos y comparables, el trabajo dejó claro el gran potencial de esa área de estudio para responder a importantes cuestiones políticas relacionadas con el efecto de la infraestructura de salud pública en el funcionamiento y en los resultados del sistema sanitario, a la vez que permitió establecerlas.

Una primera estimación del gasto estatal dedicado a la prevención de enfermedades indicó que los programas de salud pública contaban sólo con una asignación del 1% del presupuesto nacional. Aunque el estudio reconocía que no era posible decir cuál sería la cantidad adecuada, los resultados demostraban la necesidad de reforzar la infraestructura de salud pública a fin de que, en el futuro, fuera capaz de reaccionar adecuadamente ante posibles brotes de epidemias. Se encomendaron tres estudios piloto del gasto estatal y local sobre

<sup>2</sup> Algunos de los organismos participantes en el Comité para las Funciones de Salud Pública son los siguientes: Asociación Americana de Salud Pública, Asociación de Escuelas de Salud Pública, Asociación de Oficiales Estatales y Territoriales de Salud Pública, Asociación Nacional de Oficiales de Condados y Ciudades, Asociación Nacional de Directores Estatales de Abuso de Alcohol y Drogas, Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental, Fundación de Salud Pública, Socios para la Prevención, Órgano para la Investigación de la Calidad en la Salud, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Administración de Alimentos y Medicamentos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Servicio de Salud de la Población Indígena, Institutos Nacionales de Salud, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

## Cuadro 1 Características de los estudios sobre el gasto en materia de salud pública realizados en los Estados Unidos

Año(s) de estudio y asociaciones	Objetivos del estudio	Respuestas	Conclusiones
1995–1996 PHF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear instrumentos que faciliten la estimación del gasto asignado a las FESP, con el fin de poder hacer comparaciones con los diferentes lugares</li> <li>• Trasladar los resultados al ámbito nacional</li> <li>• Evaluar los puntos fuertes y débiles de los instrumentos</li> </ul>	9 Estados – AZ, IA, IL, LA, NY, OR, RI, TX, WA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El gasto público en salud puede ser medido y seguido a través de las FESP</li> <li>2. Las instituciones locales de salud deben estar implicadas directamente en el proceso de medición del gasto</li> </ol>
1997–1998 NACCHO, NALBOH, PHF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfeccionar y adaptar los instrumentos de medición locales</li> <li>• Realizar estudios sobre las experiencias de las instituciones implicadas en el proyecto</li> <li>• Hacer recomendaciones con el fin de desarrollar una metodología estándar y perfeccionar los instrumentos</li> </ul>	3 instituciones locales de salud. Onondaga, NY TriCounty, WA Columbus, OH	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proceso es seguro y los resultados son muy valiosos</li> <li>2. A pesar de las diferencias de metodología y preparación, los resultados fueron aceptables</li> <li>3. Las guías y reglas en cuanto a la adopción de decisiones deben ser reforzadas con el fin de obtener mejores parámetros de comparación</li> <li>4. Los instrumentos mejorados deben ser probados en el ámbito nacional</li> </ol>
1998–1999 ASTHO, NACCHO, NALBOH, PHF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los instrumentos de medición (mejorar las definiciones y reglas para la adopción de decisiones, dar ejemplos)</li> <li>• Recopilar en el ámbito regional los gastos de todas las instituciones de salud, utilizando los instrumentos mejorados</li> <li>• Evaluar la seguridad, fiabilidad y posibilidad de comparación de la información</li> <li>• Evaluar los paradigmas de servicios esenciales, tales como la educación e instrumentos de comunicación</li> </ul>	Departamento de Salud de Maryland, y los 24 departamentos locales de salud de MD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proceso puede producir estimaciones fiables, que se pueden utilizar como guía para establecer políticas</li> <li>2. Es necesario insistir más en la toma de conciencia acerca de los beneficios del proyecto</li> <li>3. El proceso puede encajar en las categorías establecidas por los presupuestos de salud</li> </ol>

los diez servicios esenciales, utilizando el marco de referencia de la Asociación de Salud Pública. El primer estudio lo hizo la Fundación para la Salud Pública que, en 1996, presentó los resultados en nueve estados. El segundo, realizado sobre la base del anterior, se hizo en tres jurisdicciones locales y fue concluido en marzo de 1998. El tercer estudio lo llevó a cabo más recientemente el organismo de salud del estado de Maryland e incluía todas sus jurisdicciones locales. El cuadro anterior muestra un resumen de los tres estudios.

Con respecto a los resultados obtenidos, resulta evidente la disparidad de fondos asignados a la salud pública, en un intervalo que va desde los US\$ 30 a los US\$ 394. El motivo de estas diferencias puede atribuirse a las distintas organizaciones institucionales y a distintas prioridades políticas, pero también a la incoherencia en las definiciones.

Todos los estudios presentaron sus resultados agrupando las funciones en servicios de salud pública personales (considerados como los servicios clínicos

prestados a individuos) y en servicios de salud pública a la población (considerados como las medidas que fomentan la salud y previenen la enfermedad, en grupos de población numerosos). Como era de prever, la mayor parte del gasto está concentrado en los primeros, según demuestra el siguiente cuadro.

Los resultados de los tres estudios señalan la necesidad de profundizar aún más en la definición de las funciones, de modo que quede bien claro qué se incluye y qué se excluye, a fin de hacer po-

**Cuadro 2** Gasto en servicios de salud por habitante, de acuerdo con los estudios realizados sobre las FESP

Estudio (fecha)	Lugar	Gasto por habitante		
		Servicios de salud personales (total en %)	Servicios de salud a la población (total en %)	Total de servicios esenciales de salud
Estudio en algunos estados de los Estados Unidos (1995–1996)	Arizona	US\$ 73 (66%)	US\$ 38 (34%)	US\$ 111
	Iowa	US\$ 29 (57%)	US\$ 22 (43%)	US\$ 51
	Luisiana	US\$ 52 (61%)	US\$ 34 (39%)	US\$ 68
	Nueva York	US\$ 168 (77%)	US\$ 51 (23%)	US\$ 219
	Oregón	US\$ 91 (63%)	US\$ 53 (37%)	US\$ 144
	Rhode Island	US\$ 78 (55%)	US\$ 65 (45%)	US\$ 143
	Texas	US\$ 56 (64%)	US\$ 32 (36%)	US\$ 88
	Washington	US\$ 72 (53%)	US\$ 64 (47%)	US\$ 136
Estudio en LHD Dptos. locales de salud (1997–1998)	Columbus	US\$ 24 (49%)	US\$ 25 (51%)	US\$ 49
	Onondaga	US\$ 9 (19%)	US\$ 42 (81%)	US\$ 51
	TriCounty	US\$ 2 (4%)	US\$ 35 (96%)	US\$ 37
Estudio en Maryland (1998–1999)	Maryland (total)	US\$ 170 (73%)	US\$ 62 (27%)	US\$ 232
	Local	US\$ 54 (53%)	US\$ 48 (47%)	US\$ 102
	Estatal	US\$ 116 (89%)	US\$ 14 (11%)	US\$ 130

sible la comparación entre las distintas jurisdicciones. De esta manera quedaron demostradas las grandes variaciones en los distintos tipos de organización institucional, con las correspondientes diferencias en lo que respecta a la responsabilidad pública.

Como conclusión, se recomienda repetir estos estudios en otras ocasiones, tanto en los mismos sitios donde se hicieron los estudios piloto como en localidades nuevas. Es la manera de seguir evaluando y mejorando la metodología con el fin de obtener resultados válidos, fiables y comparables.

Otras recomendaciones incluyen la necesidad de instruir a los organismos públicos, las instituciones sanitarias y los estudiantes de salud pública acerca de las funciones esenciales. Asimismo, es necesario coordinar las tareas de las instituciones que trabajan en el desarrollo de los instrumentos para medir el desempeño de las funciones de salud pública.

### 3. Las FESP en las cuentas nacionales de salud

Las cuentas nacionales de salud (CNS) constituyen un conjunto coherente de matrices que describen los flujos financieros dentro del sector de la salud en un año determinado. Se diferencian de las cuentas nacionales que miden el producto y el ingreso nacional en el hecho de que no pretenden medir el valor sumado, sino los recursos financieros que se transfieren entre las distintas instituciones del sector. La metodología utilizada es enteramente compatible con el Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas.

Las CNS informan del origen de los fondos, de su distribución entre las distintas instituciones implicadas y del uso de los recursos, sobre la base de ciertos aspectos de interés que sirven para establecer las políticas de salud pública. Las CNS son el instrumento más apropiado

para analizar el gasto en salud de cualquier país, si bien el área correspondiente a la salud pública no está todavía muy desarrollada.

A pesar de que muchos países aún no han elaborado las CNS, la mayoría las tienen ya en proceso y, además, para el marco metodológico actual al estimar el gasto y el financiamiento de las FESP no es indispensable que los países donde se vaya a aplicar tengan ya las CNS. Sin embargo, sí se desea utilizar los principios y clasificaciones de las mismas, de tal manera que los resultados de estas investigaciones puedan ser aplicados a las CNS que se elaboren en el futuro.

Para el análisis de las CNS como instrumento fundamental de estimación del gasto en las FESP, se revisaron las clasificaciones del documento *Un sistema de cuentas de salud*, que constituye el manual básico de clasificación de las partidas correspondientes al sector de la salud, preparado por la Organización de

Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y publicado originalmente en el año 2000 y reeditado en 2002. Asimismo, se estudió la última versión de la Guía de productores —todavía en fase de borrador—, que está siendo elaborada por la iniciativa conjunta de la OPS, la OMS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del proyecto Partnerships for Health Reform (PHR).

También se revisaron el *Manual del sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas* de 1993 y el *Manual de estadísticas de finanzas públicas* del FMI. Es preciso señalar que el manual de cuentas de salud de la OCDE fue redactado tomando como base las clasificaciones de las Naciones Unidas y el FMI, así como otras clasificaciones internacionales (la de las industrias, por ejemplo). Por este motivo, es compatible con los sistemas de cuentas nacionales de todo el mundo.

El área de interés fundamental en las cuentas de salud es la atención de salud y se limita a lo que se refiere a la prevención de las enfermedades, la mejora de programas sanitarios, el tratamiento, la rehabilitación y la atención a largo plazo. La atención sanitaria se refiere a los servicios individuales proporcionados de manera directa, a los servicios colectivos generalmente llamados de salud pública, a la mejora de los programas sanitarios, a las normas de reglamentación, así como a las tareas dirigidas a prevenir enfermedades y a la administración del sistema.

### 3.1 Clasificación funcional

La clasificación funcional del manual de cuentas de salud de la OCDE especifica

**Cuadro 3** Clasificación funcional del sistema de cuentas de salud

Código ICHA	Clasificación funcional
<b>HC.1</b>	<b>Servicios de tratamientos curativos</b>
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.2	Atención curativa en hospital de día
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.4	Servicios domiciliarios de atención curativa
<b>HC.2</b>	<b>Servicios de rehabilitación</b>
HC.2.1	Atención hospitalaria de rehabilitación
HC.2.2	Atención de rehabilitación en hospital de día
HC.2.3	Atención ambulatoria de rehabilitación
HC.2.4	Servicios domiciliarios de rehabilitación
<b>HC.3</b>	<b>Servicios de atención de enfermería a largo plazo</b>
HC.3.1	Atención hospitalaria de enfermería a largo plazo
HC.3.2	Atención de enfermería a largo plazo en hospital de día
HC.3.3	Atención domiciliaria de enfermería a largo plazo
<b>HC.4</b>	<b>Servicios auxiliares de salud</b>
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imágenes diagnósticas
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.4.9	Otros servicios auxiliares varios
<b>HC.5</b>	<b>Productos sanitarios ofrecidos a pacientes ambulatorios</b>
HC.5.1	Fármacos y otros productos sanitarios no duraderos
HC.5.2	Accesorios terapéuticos y otros productos duraderos
<b>HC.6</b>	<b>Servicios de prevención y salud pública</b>
HC.6.1	Salud maternoinfantil, planificación familiar y asesoramiento
HC.6.2	Servicios de salud escolar
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC.6.5	Salud ocupacional
HC.6.9	Otros servicios varios de salud pública
<b>HC.7</b>	<b>Administración de la salud y seguros de salud</b>
HC.7.1	Administración gubernamental general de la salud
HC.7.2	Administración de la salud y seguros de salud privados
<b>HC.R</b>	<b>Funciones relacionadas con la salud</b>
HC.R.1	Creación de capital de instituciones proveedoras de salud
HC.R.2	Educación y capacitación del personal sanitario
HC.R.3	Investigación y desarrollo en salud
HC.R.4	Control de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para asistir a personas enfermas o discapacitadas
HC.R.7	Administración y suministro de beneficios en dinero efectivo

las funciones del sector de la salud enumerada en el cuadro 3.

Se denomina *gasto corriente en salud* al conjunto de partidas económicas dedicado a las funciones HC.1 a HC.7. El *gasto total en salud* se obtiene añadiendo

la función relacionada con la salud HC.R.1, que constituye la inversión de capital realizada en el sector. Las demás funciones relacionadas se añaden o no —según la política de cada país—, pero se dan por separado para permitir su comparación en el ámbito internacional.

Las funciones de salud pública están contenidas fundamentalmente en la categoría HC.6, aunque algunas de ellas caben en la HC.7, referida a la administración gubernamental. Otras se incluyen en alguna de las funciones relacionadas con la salud, es decir, HC.R. Como se muestra en el anexo A, la OMS hizo un primer intento de individualizar las nueve funciones esenciales identificadas. Sus conclusiones aparecen en el cuadro del manual de cuentas de salud de la OCDE, pero las funciones no son iguales a las analizadas en este documento que, como hemos dicho, son el resultado de un proceso de debate y consenso en la Región durante los últimos tres años.

### 3.2 Clasificación funcional preliminar de las FESP

A continuación se esboza un intento preliminar de clasificación de las FESP, con el único propósito de dar una idea de las partidas en las que probablemente se desenvolverá la mayor parte de las inter-

venciones en cada una de las FESP. Es evidente que, sin detallar las actividades más importantes de cada FESP, esta clasificación sólo puede ser provisional. No obstante, cuando se haga la investigación de campo que determine con exactitud cuáles son las tareas desempeñadas por cada función —y se defina cuáles son las actividades que deben asumir las autoridades sanitarias para llevar a cabo estas funciones de manera óptima—, deberá procederse a revisar la clasificación.

Es preciso señalar que la clasificación del manual de la OCDE no concuerda con la descripción de las FESP. Por ejemplo, el manual hace una mención especial a la salud ambiental y a la salud ocupacional como funciones de salud pública, ninguna de las cuales figuran entre las FESP, mientras que por el contrario excluye explícitamente como parte del gasto sanitario la reducción del impacto de las emergencias y desastres. Mezcla, asimismo, las medidas colectivas con las medidas individuales y también con

las tareas normativas y de regulación. Por ejemplo, una de las funciones de salud pública del manual es la prevención de las enfermedades transmisibles (HC.6.3). Dentro de ella tendrían que incluirse la vigilancia epidemiológica FESP y la mejora colectiva de los programas de salud FESP, funciones típicas de las autoridades sanitarias y, por lo tanto, tareas correspondientes a la rectoría.; pero también numerosas medidas individuales, como los consejos del nivel primario sobre la necesidad de hervir el agua para prevenir la diarrea, las inmunizaciones o el seguimiento de la tuberculosis, todas ellas competencia también de las autoridades sanitarias, pero no competencia esencial de la rectoría.

Evidentemente, es imprescindible una reflexión profunda en el ámbito internacional sobre cuál es la información que interesa en el campo de la salud pública, cuáles son las actividades básicas que permiten a las autoridades sanitarias ejercer plenamente su función de rectoría, cómo pueden medirse esas actividades y cómo puede hacerse su seguimiento en el transcurso del tiempo. Y de este modo, el consenso al que se llegue servirá de orientación a la futura modificación de las categorías relacionadas con la salud pública, dentro del sistema de las cuentas de salud. Mientras tanto, habrá que adaptarse a la clasificación existente, elaborar las explicaciones necesarias y, en caso de que sea posible, ampliar un poco más los criterios de clasificación.

Debemos señalar que el manual de cuentas de salud de la OCDE es un trabajo que se está todavía realizando y que la primera versión acaba de publicarse. A la luz de su puesta en práctica en el nivel internacional y de las necesidades de información de los distintos países, se irá modificando y adaptando a la rea-

**Cuadro 4** Clasificación preliminar de las FESP según el manual de cuentas de salud de la OCDE

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	Código ICHA (preliminar)
1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud	HC6.9 / HC7.1
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	HC6.3 / HC6.4 / HC7.1
3. Promoción de la salud	HC7.1 / HC6.3 / HC6.4
4. Participación de los ciudadanos en la salud	HC7.1 / HC6.9
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública	HC7.1
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública	HC7.1
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	HC7.1
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	HC.R.2
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	HC.R.3
10. Investigación en salud pública	HC.R.3
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	—

lidad. La clasificación se ha hecho principalmente usando dos dígitos y, en la mayoría de los casos, todavía está en proceso de investigación la manera de desglosar la clasificación con más exactitud. En este mismo sentido, los resultados del presente trabajo y de los estudios que, en cada caso, se realicen en varios países para estimar el gasto y financiamiento de las FESP aportarán informaciones valiosas que harán reflexionar sobre cómo abordar la clasificación de las tareas de la salud pública dentro de las CNS.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la mayoría de los países comienzan a desarrollar las CNS sólo a partir de ahora y en muy pocos de ellos se considera que ésta sea una actividad institucionalizada y permanente. En general, la realidad es que las CNS se hacen cada ciertos años en forma de estudio esporádico y aplicar la clasificación del manual de la OCDE —que constituye el modelo internacional— es todavía una iniciativa incipiente. Por esta razón, es difícil que las CNS ahora existentes sirvan para estudiar el gasto y financiamiento de las FESP. Sin embargo, es conveniente que los estudios centrados en el tema sigan su metodología ya que las clasificaciones del sistema de cuentas de salud y la matriz de la estructura propuesta —tanto por las CNS como por la mencionada Guía de productores—, serán de mucha utilidad para comprender la forma en que se mueven los flujos financieros destinados a poner en práctica las FESP.

### 3.3 Clasificación de las fuentes de financiación y de los agentes financieros

En esta cuestión existe una diferencia de enfoque entre el sistema del manual de cuentas de salud de la OCDE y la Guía

de productores. El primero denomina “fuentes de financiación” a los que la segunda llama “agentes financieros”. En la Guía de productores se indica que las CNS deben estructurarse en tres niveles: el flujo de financiamiento entre las fuentes, los agentes financieros, y la manera de utilizarlos. Las “fuentes” son las mismas que en el sistema de cuentas nacionales de producto e ingreso, es decir:

- El gobierno, en sus diferentes niveles (gobierno central, gobiernos locales, instituciones descentralizadas, empresas públicas, institutos de seguridad social);
- Las familias;
- Las empresas, y
- El resto del mundo.

En última instancia, las fuentes serían las familias y el resto del mundo, porque el gobierno toma dinero de las familias en forma de impuestos y otras contribuciones. En cuanto a las empresas, bien se podrían considerar sus gastos en salud como parte del costo de la mano de obra y, en definitiva, recaerían

asimismo sobre las familias. Sin embargo, por convencionalismo y dada la importancia de lo que representan, se hace la distinción entre las cuatro fuentes. El resto del mundo se refiere a los recursos destinados a un país para financiar la salud por diferentes vías, tales como donaciones, préstamos y el saldo neto de los gastos de las personas que viajan por motivos de salud, tanto dentro como fuera del país.

Para el caso de las FESP, la mayor parte de la financiación procederá del gobierno, aunque en algunos países la cooperación internacional tiene gran importancia en las medidas de salud pública. Por otro lado, las medidas individuales, como las vacunaciones, pueden recibir también financiación de las familias, en forma de tarifas o cuotas de recuperación.

En resumen, a través de las fuentes se movilizan los recursos destinados a la salud. Los “agentes financieros”, por su parte, son los que asignan los fondos, es decir, quienes compran y pagan los servicios; se trata de las entidades que normalmente operan en el sector de la salud: ministerios, institutos de seguri-

**Cuadro 5** Clasificación de los agentes financieros

Código ICHA	Agentes financieros
<b>HF.1</b>	<b>Administraciones públicas</b>
HF.1.1	Administración pública, excluida la seguridad social Administración central Administraciones regionales/provinciales Administraciones locales/municipales
HF.1.2	Administraciones de seguridad social
<b>HF.2</b>	<b>Sector privado</b>
HF.2.1	Seguros sociales privados
HF.2.2	Empresas de seguros privados
HF.2.3	Familias
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro
HF.2.5	Empresas (excepto seguros médicos)
<b>HF.3</b>	<b>Resto del mundo</b>

dad social, organismos no gubernamentales y otros. La clasificación internacional para los agentes financieros se presenta en el cuadro anterior.

Para atender a los fines de este trabajo, utilizaremos el enfoque de la Guía de productores, que desglosa las fuentes de los agentes financieros.

#### 4. Retos para la estimación del gasto y el financiamiento de las FESP

Como vimos en la sección anterior, en lo referente al enfoque de la matriz se recomienda seguir la metodología de las CNS propuesta por el manual de cuentas de salud de la OCDE y la Guía de productores, adaptada según las necesidades de las funciones esenciales de salud pública. En los párrafos siguientes se presenta el formato que se prevé conseguir, con los cuadros mínimos que resultarían de la investigación de campo en cada país donde se aborde su ejecución.

##### 4.1 Revisión de las cifras de las CNS

Un marco de referencia que les indique la importancia de identificar tales o cua-

les partidas. De todas maneras, este instrumento permitirá conocer el total de gastos del gobierno en todas las áreas de salud pública, aunque no se discrimine el tipo de gasto. Por ejemplo, las CNS de la República Dominicana muestran los siguientes epígrafes donde podrían encontrarse las FESP.

El cuadro 6 revela una información sorprendente, que debería motivar a las autoridades sanitarias a realizar investigaciones más profundas e, incluso, a replantearse sus prioridades. Es de destacar que el gasto en la mejora de los programas sanitarios y la atención preventiva sólo recibe el 1,3% del total que las autoridades sanitarias asignan a la salud del sector público. Sin embargo, el sector privado destina una cifra considerablemente superior a esas actividades. ¿Cómo puede explicarse esa diferencia? Una explicación real es que las familias dominicanas pagan de su bolsillo una parte importante de los servicios preventivos, ya sea por desconfianza en los servicios públicos o por cualquier otra razón.

Otra explicación podría ser que los hospitales públicos dispensan ciertos servicios primarios. De hecho, así es y el problema estriba en que la contabilidad no discrimina el gasto por niveles de aten-

ción dentro de los hospitales públicos. Por lo tanto, esa práctica puede llevar a errores de clasificación en las CNS, porque —a partir de las estadísticas de ejecución presupuestaria— no es posible distinguir los gastos correspondientes a servicios preventivos de los gastos relativos a los servicios dispensados en los hospitales públicos. Esa anomalía exige llevar a cabo unas investigaciones específicas que aún no se han realizado en el país.

Las partidas que probablemente incluirían a las FESP son las siguientes:

- Mejora de los programas de salud y atención preventiva
- Investigación y formación de recursos humanos
- Regulación
- Gestión

Esas partidas suman un total de RD\$ 1.215,2 millones para el año 1996, equivalentes al 38,5% del gasto en salud del sector público, lo que representaría el tope máximo para las FESP en ese año.

Es preciso señalar que el año 1996 fue el único en el que la República Dominicana —con el apoyo de la OPS y el pro-

**Cuadro 6** República Dominicana: gasto en salud por función, 1996

Funciones	Sector público	%	Sector privado	Resto del mundo	Total	%
Total	3.154,2	100,0	8.643,4	121,0	11.918,7	100,0
Mejora de programas de atención preventiva	39,9	1,3	695,5		735,1	6,2
Atención curativa	1.520,3	48,2	4.009,6	121,0	5.650,9	47,4
Investigación y formación de recursos humanos	4,5	0,1	5,4		9,8	0,1
Regulación	386,6	12,3	0,2		386,8	3,2
Producción y compra de insumos	885,7	28,1	220,3		1.106,0	9,3
Administración	301,8	9,6	2.989,4		3.291,2	27,6
Instalaciones	15,5	0,4	723,3		738,8	6,2

**Fuente:** Banco Central, Cuentas nacionales de salud del sector público, 1996 (citado En: Rathe, M. Salud y Igualdad).

yecto PHR— elaboró las CNS de manera completa, siguiendo la metodología entonces desarrollada por la Universidad de Harvard, en un momento en el que todavía no existía ni el manual de cuentas de salud de la OCDE ni la Guía de productores. En consecuencia, la clasificación funcional utilizada no sigue el modelo internacional actual.

En los años siguientes, el Banco Central continuó repitiendo las CNS del sector público con la misma metodología de 1996, pero nunca se volvieron a hacer las investigaciones sobre el sector privado.

En el caso dominicano estas cifras son aproximadas. Sin embargo, en los países que ya aplicaron los nuevos avances metodológicos, se podría disponer de información más completa y detallada, aunque con las limitaciones señaladas previamente sobre la clasificación funcional, que incluye las actividades en materia de salud pública.

Un ejemplo más reciente es el de las CNS de Nicaragua, donde los servicios preventivos constituyeron un 7% del gasto sanitario total durante el periodo de 1977 a 1999. Esta cantidad, sin embargo, sólo refleja el gasto en servicios de atención del primer nivel —los llamados SILAIS—, pero no incluye las tareas relacionadas con las FESP, ya que éstas no pueden ser identificadas en las CNS de Nicaragua porque están incluidas dentro del gasto de administración del MINSA. Algo similar sucedería si revisáramos las CNS de cualquier otro país: el problema de la falta de un formato explícito de las FESP, o el de la dificultad para desglosar las tareas reguladoras de los servicios, depende de la metodología utilizada en la clasificación funcional de las cuentas de la salud.

Como se verá más adelante, las CNS también muestran —aunque de manera general— cuáles son las fuentes de financiación de las autoridades sanitarias, lo que representa el primer paso para un análisis detallado de este aspecto. Aunque no se especifiquen con claridad las actividades a las que se destinan, la identificación de las fuentes de financiación es el primer paso para un estudio más detenido.

Después de hacer el análisis inicial de esas cifras en su totalidad, habrá que iniciar el trabajo de estimación del gasto y el financiamiento de cada una de las FESP, una tarea que exige conocer la organización institucional necesaria para la puesta en funcionamiento de cada FESP.

#### **4.2 Estadísticas presupuestarias del gobierno**

En vista de que las cifras de las CNS no están desglosadas como corresponde, es preciso además revisar las estadísticas presupuestarias de ejecución. En la mayoría de los países de Latinoamérica se utiliza el sistema de presupuesto por programas, sin que haya una clasificación uniforme de los mismos. Por otra parte, en todos los casos es necesario analizar detenidamente los sistemas de ejecución presupuestaria y conversar con los técnicos que clasifican los gastos. En consecuencia, el trabajo tendrá que llegar al nivel de cada una de las instituciones o departamentos vinculados con la FESP en cuestión, con el objeto de obtener, de primera mano, la información requerida.

Como ejemplo, el cuadro 7 muestra algunos de los programas identificados en el caso de la República Dominicana. Sin embargo, existe un problema adicional:

se trata de la separación existente entre la planificación y la elaboración del presupuesto, y su posterior ejecución. Generalmente, no son los mismos departamentos los que elaboran el presupuesto y los que contabilizan su ejecución sino que las guías de ejecución presupuestaria siguen la metodología nacional de elaboración de los informes sobre este particular y, en el proceso, se pierde una gran parte de la información relacionada con los programas de salud. Se trata, pues, de un problema que afecta a todo el gobierno, no sólo al sector de la salud.

Como se puede observar, en el caso de la República Dominicana la información que proporcionan los presupuestos en el ámbito del gobierno central o, incluso, de la misma Secretaría de Salud Pública, no está todavía desglosada con precisión. Por ello, para la estimación del gasto y financiamiento de las FESP es necesario recopilar información primaria, para lo que hay que:

- Identificar la organización institucional que ejecuta la FESP en cuestión.
- Analizar el presupuesto de cada institución o departamento.
- Desglosar las tareas de la entidad para cumplir con las otras FESP.
- Estimar el nivel de esfuerzo necesario para desempeñar las FESP.
- Identificar las fuentes de financiación.
- Sumar los valores y presentar los resultados de manera coherente.

Como es obvio, la realización de este trabajo requiere el apoyo incondicional de las autoridades sanitarias. Es indispensable visitar a las autoridades del mi-

**Cuadro 7** Identificación de programas, subprogramas y actividades relacionados con la FESP 2 en la República Dominicana

FESP 2	Programa	Subprograma	Actividad
Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Programa 1: Administración superior		
Principales instituciones o departamentos implicados:			
Dirección General de Epidemiología	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 4: Control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
Direcciones provinciales de salud	Programa 3: Servicios operativos	Subprogramas 1 al 8 (servicios a las regiones)	Actividad 1 en cada subprograma (servicios intermedios de coordinación, supervisión y control)
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 2: Dpto. de laboratorio y banco de sangre
Departamento de laboratorio y red provincial de laboratorios de salud pública	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 2: Dpto. de laboratorio y banco de sangre
Dirección General de Ambiente	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 3: Atención al medio ambiente	Actividad 1: Dirección de servicios de protección del ambiente Actividad 2: Saneamiento y control ambiental
Programa Ampliado de Inmunizaciones — PAI (SESPAS)			
Departamento maternoinfantil (SESPAS)	Programa 2: Coordinación, normas y control de los programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 3: Servicios de salud maternoinfantil, nutrición
Dirección General de Control del SIDA y ETS (DIGECIT)			
Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillado (INAPA)	Programa 5: Financiación a instituciones		Actividad 1
Centro de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Programa 5: Financiación a instituciones		Actividad 3
Otras			

nisterio, explicar el trabajo y conseguir su cooperación. Sugerimos también el asesoramiento de un experto en la FESP seleccionada que se pretende analizar, que conozca muy bien su ejecución, así

como a las instituciones que intervienen y las personas clave. Por otro lado, para facilitar el trabajo de campo se recomienda también organizar un taller de inducción y un plan de visitas a las ins-

tituciones o departamentos, con el objeto de estimar el grado de esfuerzo exigido, tanto de los funcionarios de la OPS como de los técnicos de las instituciones y los departamentos locales.

### 4.3 Ejemplo de organización institucional para ejecutar las FESP

Ya hemos señalado que, para estudiar las FESP, una de las primeras tareas que debe realizarse es desentrañar cuál es la organización institucional del país de acuerdo a la FESP de que se trate. En el caso de la FESP 2 (vigilancia de la salud pública), se detallan a continuación de manera ilustrativa las entidades implicadas. Es preciso aclarar para el caso que se analiza que la columna denominada como “actividades relacionadas con la FESP 2” se refiere, exclusivamente, a las que cita la Memoria de SESPAS del año 2000 y destacar que todavía falta por hacer una investigación de campo más detenida para deducir las líneas programáticas fundamentales vinculadas con la FESP correspondiente.

El cuadro siguiente muestra la complejidad del trabajo que significa estimar el gasto y financiamiento de las FESP, pues requiere investigar las distintas entidades que intervienen, desde una perspectiva diferente a la habitual. Sin embargo, merece la pena hacerlo ya que se trata de una manera de contribuir a la coordinación de las actividades de todas ellas, bajo la rectoría de las autoridades sanitarias.

### 5. Pautas metodológicas para la estimación

En este apartado se presentan los criterios metodológicos preliminares para la estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública. Dichos criterios serán utilizados posteriormente en el estudio piloto que se hará en la República Dominicana. Una vez terminado, contaremos con un conjunto de pautas más coherentes y

completas, que servirán de base para los estudios que en cada caso se lleven a cabo en diversos países de la Región.

La sección se inicia ofreciendo los resultados de la investigación, es decir, los cuadros básicos obtenidos para las FESP, con la finalidad de estimar el gasto y financiamiento de las mismas. Esos cuadros se basan en los que propone el manual de cuentas de salud de la OCDE y la Guía de productores, pero han sido adaptados a la necesidad de comprender los flujos financieros dentro de las FESP. Después de mostrar los cuadros, se ofrecen algunas pautas sobre como enfocar el trabajo y como analizar los resultados.

El alcance del ejercicio se limita al gasto realizado por las autoridades sanitarias, es decir, a la investigación del gasto de fondos públicos. Por su parte, el financiamiento puede proceder tanto del erario público (a través de diferentes vías o tipos de impuestos), como del sector privado (empresas y familias) o del resto del mundo (préstamos y donaciones).

A continuación, se ofrece una primera aproximación a lo que sería el diseño de los instrumentos para la recopilación de datos y algunos de los resultados intermedios del proceso. Luego se mostrarán algunas ideas sobre cómo abordar en la práctica el trabajo de campo y, finalmente, se expondrán algunas pautas para la recopilación de datos y el análisis de resultados.

#### 5.1 Resultados perseguidos

Como ya se ha señalado, el formato propuesto es preliminar a la elaboración de los cuadros finales e irá mejorando a medida que se contraste con la realidad, una vez recopilados los datos específicos

de los distintos países, así como las opiniones de los expertos, tanto en salud pública como en las CNS.

En ciertos países existe la costumbre de financiar algunas actividades de salud pública con impuestos o contribuciones especiales, lo que constituye una información que interesaría conocer en detalle. En tales casos, adjuntar información auxiliar a la manera de los cuadros 5 y 6 podrá servir para desglosar el origen de los fondos públicos.

#### 5.2 Diseño de instrumentos

Con el propósito de recabar información sobre el presupuesto relacionado con las FESP, se ha diseñado un conjunto de instrumentos que contienen los datos básicos, que se describen a continuación.

##### ***Instrumento 1: Información general de las FESP***

El propósito de este instrumento es dar a conocer la definición de cada una de las FESP, los indicadores para la evaluación del desempeño y los estándares válidos para cada una de ellas, dado que muchos de los técnicos que estarán implicados en el trabajo de recopilación de datos financieros en las entidades del ministerio de salud no han estado vinculados al proceso de medición del desempeño y, por tanto, no están familiarizados con él.

##### ***Instrumento 2: Cuestionario para estimar el gasto y el financiamiento de las FESP***

El propósito de este instrumento es identificar las tareas que realiza la institución —estén o no relacionadas con las FESP—, con objeto de seleccionar las que no lo estén. Al mismo tiempo, se

**Cuadro 8** Ejemplo de entidades que intervienen en la ejecución de la FESP 2 en la República Dominicana

Entidades	Tipo de entidad	Actividades relacionadas con la FESP 2
Dirección General de Epidemiología (SESPAS)	Dirección general del gobierno central, dentro del marco de la SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación de brotes (febriles, inmunoprevenibles, meningococemia, estadísticas vitales, mortalidad materna e infantil, etc.)</li> <li>• Investigación de casos aislados y comportamientos de brotes</li> <li>• Talleres y capacitación</li> <li>• Participación en congresos y reuniones internacionales</li> <li>• Participación en cursos nacionales e internacionales</li> <li>• Apoyo a la vigilancia epidemiológica de ámbito internacional</li> <li>• Apoyo a jornadas de vacunación</li> <li>• Evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica</li> <li>• Reglamentos</li> </ul>
Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Organismo descentralizado de la SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia y control entomológicos, de la bilharziasis, el paludismo, el dengue y la filariasis, y el diagnóstico de parásitos.</li> </ul>
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	Organismo descentralizado de la SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia epidemiológica: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Microbiología (baciloscopia y parasitología)</li> <li>– Virología</li> </ul> </li> <li>• Laboratorio nacional de referencia</li> </ul>
Dirección General de Ambiente (SESPAS)	Dirección general del Gobierno central, dentro del marco de la SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia ambiental</li> </ul>
Programa Ampliado de Inmunizaciones (SESPAS)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de brotes febriles eruptivos y parálisis flácida</li> </ul>
Programa de Tuberculosis (SESPAS)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la tuberculosis</li> </ul>
Programa de Nutrición (SESPAS)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la nutrición</li> </ul>
Centro de Control de la Rabia (SESPAS)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de la rabia</li> </ul>
Dirección maternoinfantil (SESPAS)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estadísticas vitales</li> </ul>
Direcciones provinciales de salud (SESPAS)	Direcciones provinciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen ocho regiones de salud pública y 29 provincias, cada una con su área de epidemiología. Las direcciones provinciales de salud tienen un papel fundamental en la detección, alerta y control de las enfermedades. El tipo de vigilancia que se hace en el país es de enfermedades y síndromes, fundamentalmente infectocontagiosos.</li> </ul>
Departamento de laboratorios de SESPAS	Departamento de SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordina la red de laboratorios regionales de salud pública</li> </ul>
Dirección General de Control del SIDA y las ETS (DIGECIT)	Dirección general del Gobierno central, dentro del marco del SESPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual</li> </ul>

(continuación)

## Cuadro 8 (continuación)

Entidades	Tipo de entidad	Actividades relacionadas con la FESP 2
Departamento de Infectología del Hospital Robert Reid Cabral	Departamento de un hospital	• Vigilancia de enfermedades infecciosas
Instituto Dermatológico	ONG con fondos públicos en coordinación con el CENCET	• Vigilancia y control de la lepra
Instituto Nacional de Agua Potable (INAPA)	Organismo autónomo del Estado	• Vigilancia de la calidad del agua

Fuente: SESPAS, Memoria 2000.

pretenden definir de la mejor manera posible las actividades programáticas que la entidad considera parte de la FESP en cuestión, para posteriormente vincularlas a los indicadores de la evaluación del desempeño.

### **Instrumento 3: Estimación del nivel de esfuerzo**

Con este instrumento pretendemos estimar el tiempo que dedica el personal de la entidad a cada una de las FESP. Partimos de la lista del personal, los salarios anuales y el tiempo estimado que se le dedica a cada función, así como a las labores administrativas y a otras tareas ajenas.

### **Instrumento 4: Presupuesto ejecutado por programa, según las fuentes de financiamiento**

Clasificados según las fuentes de financiamiento, en esta hoja de cálculo se detallarán los programas y las actividades, tal como se denominan normalmente en la preparación del presupuesto de las instituciones, a partir de una información que se espera obtener directamente de los presupuestos de los distintos departamentos. Dentro de los programas se insertará la información obtenida con

relación a las FESP, a partir de la aplicación de los instrumentos anteriores.

### **Instrumento 5: Presupuesto confeccionado según las partidas de gasto**

Aquí se señalará el gasto realizado, la forma como se calcula habitualmente para la confección del presupuesto, pero sin distinguir a qué FESP corresponde. Todos estos instrumentos se ensayarán sobre el terreno. En la fase de realización del plan piloto en la República Dominicana se requería tratar el tema con los técnicos que participan en la ejecución de las FESP 2 y 9, y durante el proceso se pudieron detectar los puntos fuertes y débiles del plan, además de probar su utilidad y su capacidad de adaptación a las necesidades reales. La información obtenida por cada institución o departamento, por tanto, deberá luego añadirse a las exigencias de la función, para poder definir la estructura de los cuadros finales.

## **5.3 Proceso de recopilación de datos**

En vista de que las FESP en la mayoría de los casos son ejecutadas por institu-

ciones diferentes y dado que todavía no está muy claro su contenido en lo relacionado con las actividades programáticas, la investigación exige la participación de los técnicos implicados en ellas.

La primera tarea consiste, pues, en describir el organismo institucional implicado, de modo que cada FESP cumpla su cometido, para luego organizar un taller en el que, por consenso, se decida cuáles son las actividades fundamentales que van a definir a cada una de las FESP. La tarea podría hacerse en un sólo día con grupos de trabajo de las FESP o en diversos talleres separados, uno por cada FESP. Este primer taller también tendrá el propósito de dar a conocer la investigación, la importancia de los resultados y los instrumentos más convenientes para la recopilación de datos.

Hay que revisar a la vez los presupuestos públicos, preferiblemente el informe de la confección del presupuesto del año más reciente. En general —al menos, en la República Dominicana—, el informe publicado no desglosa con claridad los programas y actividades, ni tampoco ofrece información por separado sobre ciertos departamentos. En consecuencia, será preciso obtener los cuadros de

las partidas detalladas o pedir una impresión especial al departamento de presupuesto del Ministerio de Salud.

Con estos datos será posible cumplir con los requisitos preliminares de los instrumentos 2 y 3 y así se sabrá cuáles son las actividades y programas —tal como los describe actualmente el Ministerio—, las correspondientes fuentes de financiamiento y la clasificación por partida de gasto. El paso siguiente será identificar las FESP dentro de la clasificación de programas y actividades y en esta etapa será necesario el concurso de los técnicos de cada entidad y la estimación del esfuerzo exigido, en el que debe concentrarse la atención de los investigadores. A continuación hay que averiguar cuántas personas trabajan en la función correspondiente, el tipo de personal, los salarios y la cantidad de tiempo que esas personas dedican a la misma. Será necesaria la colaboración de cada institución, las visitas de asistencia técnica y la organización de talleres de debate, ya sean generales o para cada una de las FESP.

La tarea siguiente a cargo de los investigadores es el desglose de las actividades de las FESP, y de otras acciones vinculadas, como la atribución de los gastos administrativos, la recopilación de las cifras, la codificación según la clasificación de las cuentas de salud y, por último, la presentación de los resultados.

#### **5.4 Suma de datos**

Para poder hacer los cuadros finales que serán parte del resultado de la investigación, será preciso estructurar un conjunto de cuadros que reflejen la información proporcionada por los instrumentos de recopilación de datos, dedicados a cada una de las FESP, a partir del orga-

nismo institucional responsable de cada una de ellas.

Es decir, en cada institución o departamento hay que elaborar cuadros semejantes a los cuadros finales, cuyos datos totales se sumarán, posteriormente, para ofrecer la información correspondiente a cada una de las FESP.

#### **5.5 Presentación de los resultados**

De lo explicado en el párrafo anterior se deduce que esta investigación exige un trabajo de campo intenso y debe hacerse en estrecha colaboración con los organismos encargados de la ejecución de las FESP.

Una vez reunida toda la información, es necesario procesarla para estructurar los cuadros finales. La etapa siguiente es el análisis de las cifras y la presentación de los resultados.

Se sugiere que el informe final del estudio se estructure de acuerdo con los siguientes epígrafes y secciones: I. Situación de la salud pública en el país; II. Organización institucional general y de cada FESP en particular; III. Gasto y financiamiento de las FESP: 1. Diferencia entre el gasto en las FESP y el gasto en programas de salud pública; 2. Cantidad de recursos movilizados; 3. Proporción con respecto al gasto total en salud pública; 4. Proporción con respecto al gasto público en salud; 5. Otros indicadores de interés (proporción con respecto al gasto total, con respecto al PIB, con respecto al gasto por habitante, etc.); 6. Análisis de las fuentes de financiamiento; IV. Análisis del gasto y financiamiento por cada función: de la FESP 1 a la 11; y V. Conclusiones y recomendaciones.

## **6. Funciones esenciales de salud pública: costos y presupuesto**

### **6.1 Objetivo y fundamentos del enfoque propuesto**

El objetivo de esta sección será el de intentar contribuir a la metodología de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y de sus procesos de medición realizados en más de 41 países de la Región de las Américas, con el objetivo de identificar sus productos y brindar las herramientas conceptuales que permitan realizar su financiación.

Para ello se adoptó un enfoque de insumo-producto, con el propósito de desarrollar el análisis y definición de los productos resultantes, así como el desglose de los mismos en subproductos, actividades, subactividades e insumos.

A diferencia de los contenidos relacionados con el gasto y el financiamiento de las FESP<sup>3</sup> que cuantifican el gasto actual de las mismas, este apartado de costos y presupuesto se orienta a la financiación de los productos requeridos para lograr el desempeño óptimo de cada una de las funciones, con el objetivo de poder integrarlas posteriormente en un proceso integral de presupuesto.

Es importante concentrarse en el concepto de gastos operativos de las FESP y en el proceso de costear las actividades financiadas con el presupuesto de operación, mientras que la infraestructura requerida en sentido amplio (desarrollo

<sup>3</sup> Rathe, Magdalena. Estimación del gasto y financiación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP): Un marco de referencia. Washington, D.C.: OPS; 2002.

de la capacidad o los medios de acción) está más relacionada con el presupuesto de las inversiones, tema que se desarrolla detenidamente en el capítulo 13 relativo al fortalecimiento de la capacidad institucional y la infraestructura para el desarrollo de las FESP.<sup>4</sup>

Finalmente, resulta oportuno aclarar que las FESP aún no han sido costeadas y esto es debido a que se requiere un trabajo específico que se base en el consenso regional sobre las actividades fundamentales que cada función debe incluir para cumplir cabalmente con su contenido.

Esto constituye una dificultad importante, pero a la vez un apasionante desafío para todos aquellos que reconocen el valor estratégico que implica el conocimiento de los costos y la elaboración de un presupuesto como herramientas especiales para el desarrollo de la gestión. Avanzar en este sentido resulta de sumo valor para los países de la Región, más incluso si se tiene en cuenta que muchos de los debates remiten inexorablemente a la asignación eficiente de los escasos recursos económicos disponibles.

## **6.2 Definición de productos, subproductos y actividades. Marco metodológico.**

Para avanzar hacia la medición de los costos de desempeño de las FESP, éstas deben ser analizadas detalladamente de modo que se definan sus resultados por lo que se refiere a las consecuencias mensurables que permitan reconocer

su eficacia, efectividad y rendimiento. A partir del análisis realizado se debe determinar la necesidad, como ya ha sido señalado con anterioridad, de identificar los productos, subproductos, actividades e insumos que dan lugar al desempeño de cada una de las FESP.

En este sentido, definiremos a los *subproductos* como los bienes o servicios requeridos para el desempeño de las FESP que son de índole parcial o detallada y se diferencian por su alcance limitado o por su especificidad. Los *productos*, en cambio, son los bienes o servicios que se entregan a la población y que, en muchos casos, están integrados por un conjunto de subproductos.

Las *actividades* son aquellas intervenciones necesarias para el desempeño efectivo de las FESP, que derivan en los efectos específicos y generales propios de cada una de ellas. Finalmente, se denominan *insumos* a los recursos aplicados al ejercicio de las FESP.

Resulta importante destacar que estos recursos pueden ser agrupados o definidos de formas diversas dependiendo de cuál sea la organización ejecutora o las características de la relación insumo-producto utilizada en cada caso en particular.

La definición de productos, subproductos y actividades que se ejemplifica más adelante se ha realizado de tal modo que sea posible realizar cuantificaciones y mediciones físicas que faciliten la base de información necesaria para costear el desempeño de las FESP. Además de realizar la discriminación de productos y subproductos se ha considerado necesario aumentar la apertura con el fin de llegar a determinar los elementos operativos implicados en el ejercicio de las FESP.

Cabe mencionar que las actividades que se describen para cada una de las FESP son, en algunos casos, específicas para la obtención del producto deseado dentro de una función específica, y en otras ocasiones resultan ser comunes a más de una, o a todas las funciones.

Como ejemplo de la diferenciación entre los distintos tipos de actividades, se detallan las siguientes:

- La actividad “establecer y coordinar una red de laboratorios “es específica para lograr el subproducto 1 del producto 2 de la FESP 2.
- La actividad “asesorar y brindar apoyo técnico a los niveles subnacionales” es común a todas las FESP.

Esta diferenciación entre actividades comunes y específicas permitirá, en el momento de elaborar los presupuestos, una mejor estimación de los mismos.

A continuación se presentan algunos ejemplos del desglose de las funciones en productos, subproductos y actividades:

### **Ejemplo 1**

***FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública***

De acuerdo con el propósito de esta función, que es la vigilancia permanente de la salud para que en el caso de la aparición de epidemias o brotes de enfermedades o daños a la salud se disponga de la información adecuada al instante que facilite el proceso de adopción de decisiones, el *producto* predominante debería ser la constitución y el desarrollo de un sistema activo de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

<sup>4</sup> Alvarado, Félix. Fortalecimiento institucional para el desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Lineamientos para planes nacionales de acción. OPS/OMS; 2002.

Para la obtención de este producto, podríamos decir que es necesario obtener antes los siguientes *subproductos*:

- La existencia en los niveles subnacionales de sistemas de vigilancia activos y coordinados con el nivel nacional.
- La estructuración de un sistema de alerta y seguimiento de las enfermedades transmisibles con prevalencia en el país.
- La misma estructuración para el seguimiento de las enfermedades no transmisibles.
- Las estructuras y procesos que detecten y efectúen un seguimiento de los factores ambientales que inciden en las patologías transmisibles y no transmisibles.

Entre otras *actividades* que deben desarrollarse para llegar al producto a través de los diversos subproductos podríamos destacar las siguientes:

- Elaborar instrumentos, en forma de guías normalizadas, que permitan la recopilación de información para la vigilancia epidemiológica.
- Desarrollar un proceso de capacitación de todo el personal implicado en la recopilación y análisis de la información.
- Instrumentar una red adecuada de vigilancia epidemiológica.
- Sistematizar y crear normas para el proceso de adopción de decisiones.
- Evaluar y efectuar el seguimiento de la calidad del sistema para su mejora y adaptación.

## **Ejemplo 2**

### ***FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública***

El gran producto de esta función es el establecimiento de una política sanitaria, para su constitución se necesitarían a priori esencialmente dos subproductos:

El primero sería la definición de los objetivos sanitarios que se persiguen y el otro, el seguimiento y evaluación del grado de cumplimiento de dichos objetivos.

Para ello deberíamos definir, entre otras, las siguientes *actividades*

- Actualizar los instrumentos jurídicos que permitan desarrollar las políticas.
- Establecer foros de participación que permitan consensuar las políticas.
- Establecer indicadores y utilizarlos en la evaluación e implantación de las políticas.

## **Ejemplo 3**

### ***FESP 9: Grantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos***

El propósito en este caso es la mejora de la calidad de los servicios de salud y poder garantizar esta mejora a la población, por lo que un *producto* vinculado a esta función podría ser el desarrollo de un programa de evaluación y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Luego, uno de los *subproductos* que contribuye a la consecución de este producto podría ser la producción de la normativa de estructura y procesos en los servicios de salud. Otro podría ser la

elaboración y el uso de indicadores para evaluar la calidad de los servicios.

Entre las *actividades* que se pueden desarrollar podríamos señalar las siguientes:

- Instrumentar la elaboración de la normativa sobre la estructura y los procesos de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de la calidad en los servicios de salud.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la calidad a través de los indicadores.
- Capacitar de forma continua y sistemática al personal.

## **7. Análisis de las relaciones insumo-producto de las FESP con relación al estándar de desempeño Regional óptimo**

Por nivel o estándar de desempeño óptimo se ha acordado, en los trabajos previos vinculados con la definición y mejoramiento de las FESP en las Américas, que sea aquel que todos los países de la Región puedan obtener en las mejores condiciones y dentro de plazos razonables.

Esta definición y su utilización para medir los niveles de desempeño de cada país requiere un conocimiento cabal de los recursos y procesos institucionales de los países implicados. Además, la especificación exacta de cuáles son las “mejores condiciones” y qué son “plazos razonables” no puede hacerse con una objetividad absoluta, dado que los elementos de ponderación incorporan aspectos subjetivos que deben ser discutidos y acordados.

Por todo lo expuesto, el nivel de desempeño óptimo es una cantidad que, al tiempo que debe estar adaptada a las condiciones actuales y potenciales de los países de la Región, debe ser concebida como un incentivo justo para el mejoramiento permanente, ya que si el nivel definido como óptimo fuera muy fácil de alcanzar, resultaría ineficaz como estímulo pero, si fuera excesivamente exigente, resultaría desalentador para los esfuerzos de mejora.

## 7.1 Fundamentos

Como se ha mencionado anteriormente, con el fin de avanzar en los proyectos de reforma del sector de la salud en los que se encuentran implicados la mayor parte de los países de la Región, la OPS ha puesto en marcha la Iniciativa “La salud pública en las Américas” y, en este marco, ha definido mediante un proceso participativo de ámbito continental las FESP. En una etapa posterior, y a partir del desarrollo de un instrumento apropiado, se ha efectuado una medición del desempeño de los países en cuanto a las FESP.

En este contexto son necesarios tres aspectos fundamentales:

1. Financiamiento asignado actualmente a la ejecución de las FESP por cada país.
2. Financiamiento necesario para desarrollar las FESP que funcionan deficientemente o que son directamente inexistentes (inversión necesaria para desarrollar la capacidad institucional y la infraestructura que permita desempeñar las FESP)
3. Financiamiento necesario para el funcionamiento y la puesta en marcha de las FESP.

Es preciso centrarse en el análisis del último de los aspectos citados. En este sentido, resulta importante distinguir entre los gastos destinados al desarrollo y/o fortalecimiento de la capacidad de desempeño de una determinada FESP, es decir del presupuesto de inversión necesario para el diseño, instalación y prueba de nuevas competencias dentro del sector, y los gastos asociados a aquellas intervenciones que deben realizarse de forma continua si se desea asegurar el carácter sostenible de la capacidad para el desempeño de las FESP.

Es así como el primer conjunto de gastos se corresponden con actuaciones que se realizan por una única vez y el segundo se refiere a actividades que se efectúan de forma repetida a lo largo del tiempo.

Dicha diferencia debe ser reconocida también en la modalidad de financiación incluida en el presupuesto para la ejecución de las mismas, ya que en el caso de las primeras el presupuesto de inversión puede provenir en una primera instancia de una fuente externa. Para las segundas, en cambio, deberá asegurarse el financiamiento desde una fuente propia, como presupuesto de gastos ordinarios para asegurar su continuidad en el tiempo. El interés nacional en la consecución de un desempeño óptimo de las FESP debe traducirse, efectivamente, en el sostenimiento del gasto ordinario que ellas mismas implican.

En resumen, la presente sección del capítulo se concentrará en el análisis de costos operativos relacionados con los productos y actividades definidos para cada FESP. Se ha trabajado sólo en el financiamiento de las actividades ordinarias desde la perspectiva de elaborar el costo operativo de las FESP. Por otra

parte, la financiación de las inversiones relacionadas con la capacidad institucional, como la infraestructura, la dotación de recursos, etc., está incluida en los planes de desarrollo del proyecto de “Fortalecimiento institucional para el desempeño de las FESP”. En el primer caso, los costos podrían ser asimilables a un concepto económico de “costos de corto plazo”, mientras que en el segundo se introducirían elementos de “costos de largo plazo”.

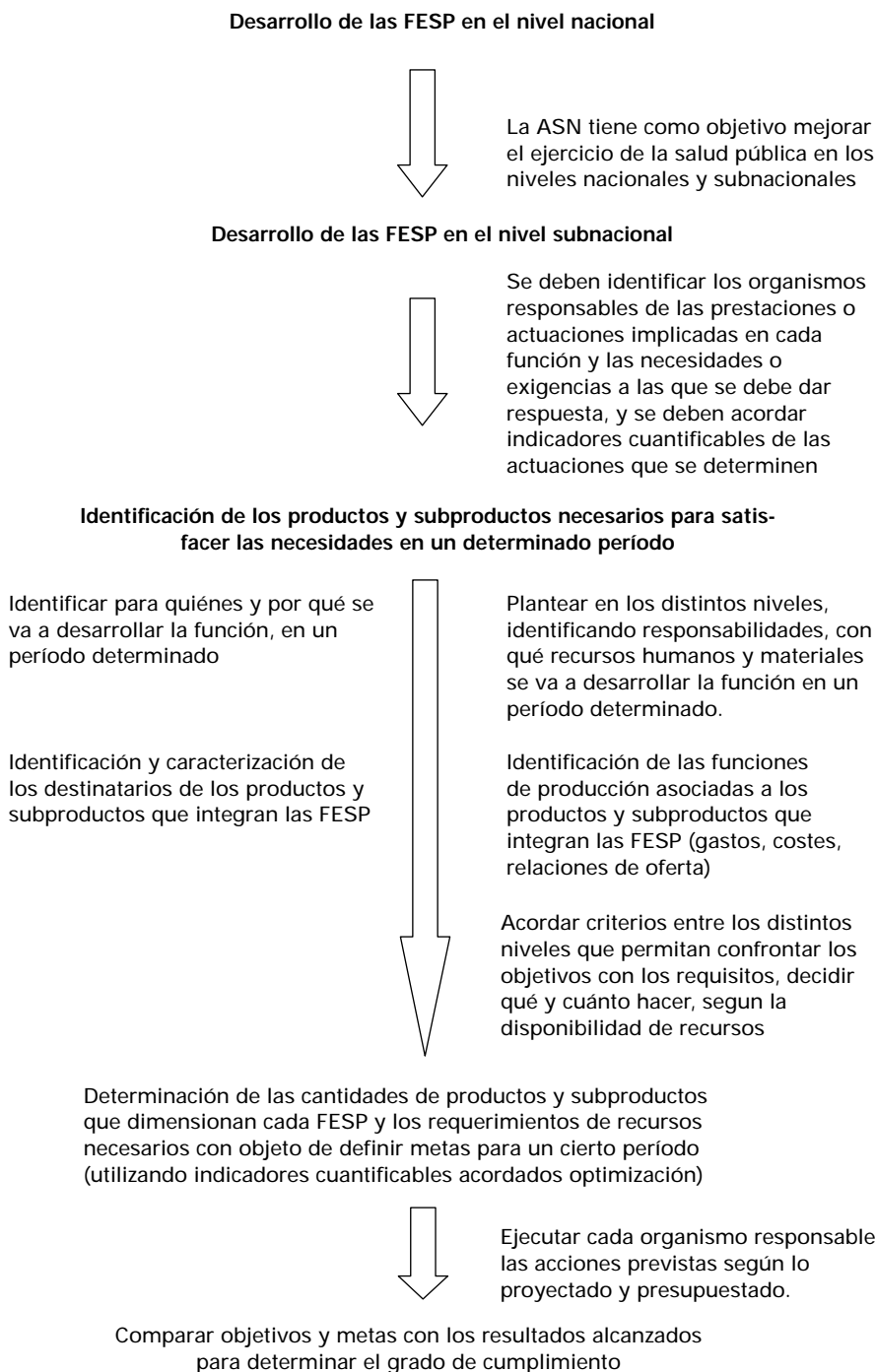
## 7.2 Análisis de las FESP, sus productos y costos

Para la identificación de los gastos ordinarios asociados al desempeño de las FESP, es decir, la responsabilidad primaria a la que deben comprometerse las instituciones implicadas en su desempeño, resulta conveniente analizarlas como partes de una relación insumo-producto. En el cuadro 9 se presentan esquemáticamente los problemas asociados a la financiación de las FESP. En el mismo se ha diferenciado el nivel nacional del subnacional, aunque en lo referente a las relaciones insumo-producto propias de cada una de las FESP su participación es similar, razón por la cual en el presente capítulo el enfoque se centrará principalmente en el análisis del nivel nacional.

El cuadro describe las relaciones y las actuaciones que se deben hacer para determinar, en primer lugar, el gasto asociado al desempeño de las FESP y, en segundo lugar, el gasto ordinario. De ahí la necesidad de precisar el espacio de tiempo para el cual se realizará el análisis.

Como se ha señalado anteriormente, en esta etapa del análisis será necesario concentrarse en el desarrollo de una metodología destinada a determinar la fun-

**Cuadro 9** Problemática asociada al financiamiento de las FESP



análisis. El cuadro 10 da cuenta del proceso descrito hasta aquí.

**7.3 Identificación de los principales epígrafes de costos de las FESP**

Para determinar tanto los epígrafes de los costos que integran las distintas relaciones insumo-producto propios de cada FESP como la proporción en que participan de la misma, es fundamental realizar un análisis institucional del desempeño y los gastos asociados. Este análisis permitirá conocer:

- La organización institucional vinculada a los productos que conforman cada una de las FESP en el nivel que se trate.
- Las actividades y subactividades que cada área realiza en el marco de la relación insumo-producto particular de un determinado subproducto.
- La asignación de recursos humanos y materiales específica de cada área dentro del marco de la relación insumo-producto de un determinado subproducto.

Un aspecto central de la determinación, dada la característica de trabajo-intensivo de la mayoría de las FESP, consistirá en determinar en qué grado se ven afectados los recursos humanos necesarios para el desarrollo adecuado de las mismas.

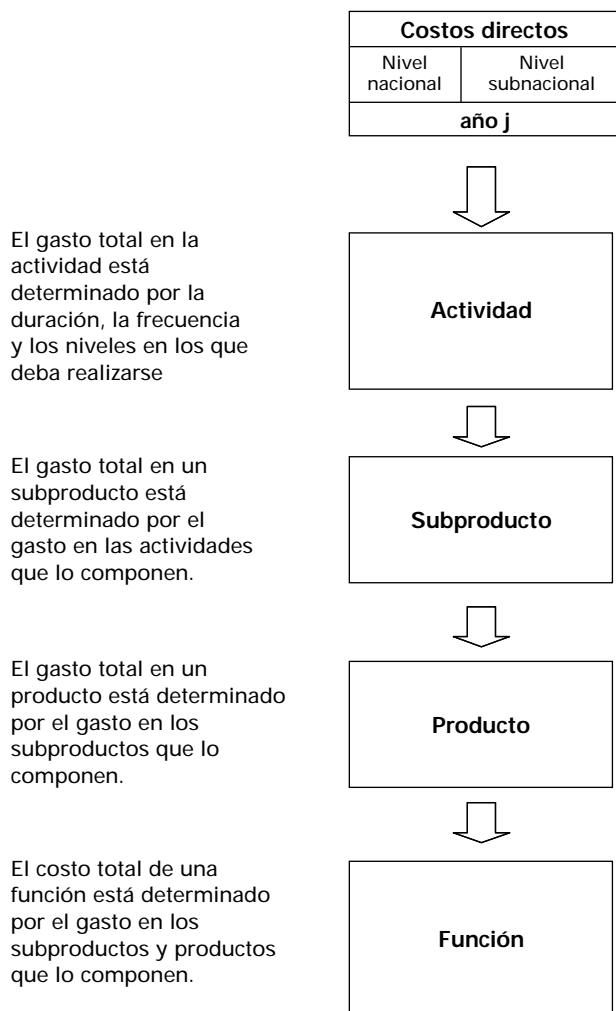
A pesar de esto, existen funciones que pueden requerir una gran variedad de insumos, por lo que se ha optado, en este trabajo, por adoptar una clasificación amplia de los posibles insumos que conformarían las distintas relaciones insumo-producto y la imputación pre-

ción de producción y los costos asociados a la misma en el nivel nacional.

Al descomponer cada una de las FESP en productos, subproductos, activida-

des y subactividades será posible identificar los insumos necesarios para el desarrollo de cada actividad, asignarle costos, clasificarlos en fijos y variables, directos e indirectos, según convenga al

**Cuadro 10** Determinación del costo de la función



supuestaria de los gastos asociados a los mismos. El cuadro 11 presenta la categorización adoptada para los gastos.

#### 7.4 Análisis de costos

La presente propuesta de financiación de las FESP se basa de este modo, de acuerdo a lo desarrollado hasta aquí, en procurar exponer de forma explícita las distintas relaciones insumo-producto propias de cada FESP por lo que se refiere a los productos, subproductos y actividades que las constituyen.

El cuadro 12 da cuenta de la secuencia prevista para la financiación de las FESP y sintetiza el desarrollo de la metodología hasta aquí realizada.

Existen dos tipos de gastos que son claves para la determinación de los costos, pero que no se han incluido en el cuadro y en cuyo tratamiento se considera oportuno profundizar en las próximas etapas del desarrollo de la metodología. En primer lugar, los gastos de capital, por considerarlos en primera instancia “gastos de única vez” aunque siempre

debemos tener en cuenta los valores de reposición para el mediano y largo plazo y posibles de ser realizados en el marco del proyecto para el “fortalecimiento institucional para el desempeño de las FESP”.

En segundo lugar, tampoco hemos incluido los gastos correspondientes a la “carga por depreciación de la capacidad productiva asignable a la actividad”, ya que el desarrollo actual de las cuentas presupuestarias dificulta su determinación de forma general, pues son escasos los países de la Región donde se ha avanzado en este sentido.

### 8. Análisis de costos para las FESP dentro de un escenario de nivel de desempeño regional óptimo

Las distintas relaciones insumo-producto propias de cada una de las FESP se ven afectadas por un conjunto de factores. Entre ellos destacan las características de organización política dentro del ámbito del país, ya sea unitario o federal, los distintos niveles de descentralización respecto de la ASN, la asignación de las FESP a los distintos organismos (ministerios, organismos descentralizados, etc.) y las modalidades de producción adoptadas en cada uno de ellos para producir las FESP: tecnologías intensivas de mano de obra o capital.

Los insumos que integran cada una de dichas relaciones insumo-producto han sido caracterizados previamente y se pueden sintetizar como recursos humanos, y como bienes y servicios. El soporte físico y los programas informáticos tendrán un papel destacado como integrantes de la tecnología asociada a la

**Cuadro 11** Caracterización presupuestaria de gastos

GASTOS	EPÍGRAFE	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
GASTO CORRIENTE	Personal	Permanente	Superior
			Jerárquico
			Administrativo
			Profesional
			Docente
			Técnico
		Obrero	
		Transitorio	Contratado
			Mensualizado
	Jornalizado		
	Bienes y servicios no personales	Bienes	Productos medicinales y farmacéuticos
			Materiales y suministros
			Equipos médicos y sanitarios
Servicios		Publicidad y propaganda	
		Comunicaciones	
		Otros	
GASTO DE CAPITAL	Bienes de capital	Equipamiento hospitalario	
		Instrumental técnico y científico	
		Equipamiento informático	
		Vehículos y embarcaciones	
		Inmuebles	
		Otras adquisiciones	
	Construcciones	Construcción de edificios públicos	
		Obras de infraestructura	
		Otras obras	
	Mantenimiento de bienes preexistentes	Rehabilitación y reparación de edificios públicos	

producción de cada FESP y, de acuerdo con esto, las distintas relaciones insumo-producto propias de cada FESP presentarán distintas alternativas de combinación de los insumos mencionados destinados a producir las actividades, subproductos y productos, según la tecnología adoptada en cada país.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta en el desarrollo del trabajo que la composición de las actividades, subproductos y productos que integran cada una de las FESP, puede registrar variaciones entre los diferentes países, dado el dis-

tinto grado de desarrollo institucional y la disponibilidad de recursos de los mismos. Esto es así, de modo que la aplicación de la metodología de costos de las FESP requerirá, para su aplicación, ajustes a las características de cada país, por lo que se refiere a los aspectos antes mencionados.

Cabe destacar con relación a los indicadores de desempeño que, como se describe en la Guía, algunos de dichos indicadores están relacionados con los resultados, otros con los procesos y otros con la capacidad institucional. El

financiamiento de las FESP y de dichos indicadores como parte de las mismas se basa en asociar los indicadores a los productos y a las actividades. En la medida que estos indicadores afectan a más de un producto de las FESP, las actividades pasan de ser actividades específicas a ser actividades comunes, que se distribuyen entre los productos en los que inciden.

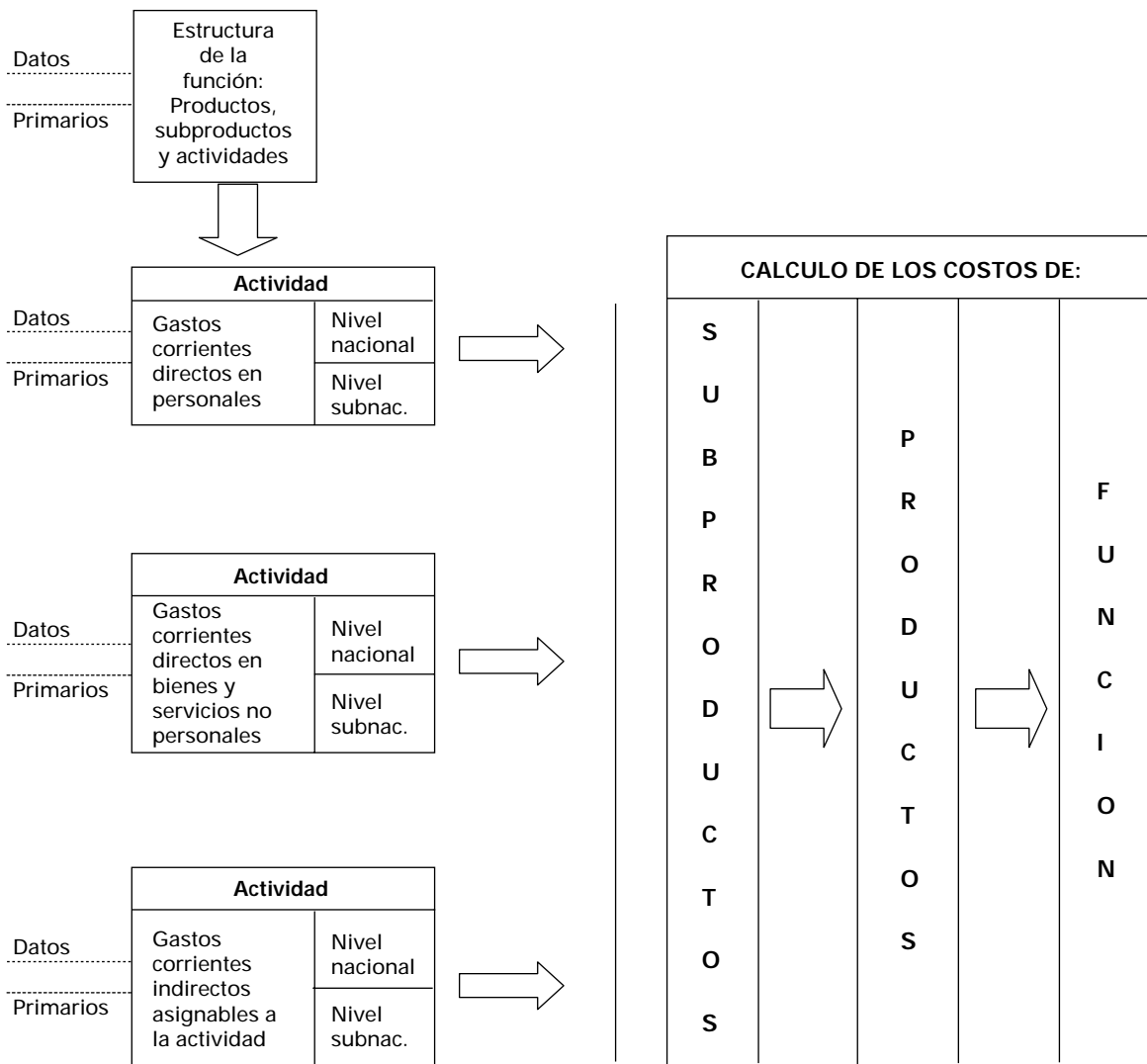
A partir de relacionar productos y subproductos con los indicadores o estándares asociados al desempeño regional óptimo del instrumento de medición del desempeño, se posibilita la financiación de las distintas relaciones insumo-producto.

## 9. Conclusiones y recomendaciones

El marco metodológico para la estimación del gasto y financiamiento de las FESP presentado en este capítulo constituye una primera aproximación al tema. Está basado en las publicaciones relacionadas con las FESP, en la metodología de las CNS y en la experiencia de los Estados Unidos en su intento de llevar a cabo este tipo de ejercicio. Al diseñar la metodología, los referentes principales están tomados de la República Dominicana, que es donde se hizo una recopilación preliminar de los datos. Es muy probable que en otros países haya diferencias fundamentales tanto en el alcance como en los métodos de estimación, particularmente si se trata de países más extensos, organizados según un modelo de gobierno federal.

Es preciso señalar que nunca ha habido consenso de todos los países para costear y desglosar las actividades fundamentales que cada FESP debe desempeñar, si se pretende que cumplan cabalmente su cometido y se tiene en cuenta que el ins-

**Cuadro 12** Secuencia prevista para la financiación de las FESP



trumento que se utiliza actualmente para medir el desempeño de las FESP sólo está enfocado hacia los resultados y da por sentadas una determinada organización institucional y una forma específica de producción de las FESP que, hasta ahora, no han sido señaladas de forma explícita.

En consecuencia, el trabajo de estimar el gasto de las FESP y sus fuentes de financiación exige la tarea de reconstruir la forma en que se cumplen cada una de

ellas en los países en los que se intenten aplicar estos criterios metodológicos. De su aplicación práctica se obtendrán las enseñanzas que determinarán los cambios necesarios, tanto en su alcance como en los procedimientos y la presentación de los resultados. Por esa razón, este marco metodológico no estará terminado hasta que se haya podido aplicar en varios países —en forma de plan piloto— y se hayan comprobado la viabilidad práctica de las propuestas metodológicas y las diferencias en lo que se

refiere a la organización interna de cada país, así como sus sistemas de presupuesto y estadísticas. De ese modo irá transformándose el instrumento, a medida que avance por un proceso de aproximaciones sucesivas.

En casi todos los países, las autoridades sanitarias son las encargadas de poner en práctica la mayor parte de las actividades incluidas dentro de las FESP. No obstante, existe un sector creciente de instituciones sin fines de lucro, particu-

larmente en lo que concierne a la mejora de la salud, la investigación, la formación de recursos humanos y las tareas relacionadas con las emergencias y desastres. Algunas de estas funciones también podrían ponerlas en ejecución el sector privado con fines lucrativos, como es el caso de las universidades privadas o la industria farmacéutica, en cuyo caso lo que interesa es determinar cuáles de estas tareas corresponden a la función de rectoría de las autoridades sanitarias que, sin embargo, éstas delegan en las instituciones privadas.

En el desarrollo del trabajo es importante tener en cuenta que el contenido de las competencias incluidas en cada una de las FESP puede variar mucho de un país a otro, dados los distintos niveles de desarrollo y las características particulares de cada uno. Puede haber un notable factor de subjetividad en este sentido que dificulte la adopción de una metodología uniforme cuando se trate de calcular los gastos, ya que sean realistas o ideales.

Por otro lado, el tema abordado en este capítulo es absolutamente novedoso pues por primera vez se intenta adaptar las cuentas nacionales de salud a las FESP. Como se desprende del análisis realizado, la clasificación funcional de las CNS no tiene en consideración la labor de la salud pública aunque sea muy exhaustiva en lo que concierne a la atención de la enfermedad. Si queremos que los sistemas de salud se orienten más hacia el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, es indispensable que seamos capaces de vigilar los cambios producidos en la asignación de recursos a las tareas de la salud pública, en lo que se refiere a programas, funciones esenciales y servicios. Así pues, es necesario poder determinar las líneas de ac-

tuación: primero con respecto al presupuesto y, luego, con respecto a las CNS.

La tarea implica revisar la definición de salud en las cuentas nacionales y, en consecuencia, revisar la clasificación de las funciones. Para hacerlo es necesario un análisis profundo y amplio sobre la función de la salud pública y su importancia en el éxito del objetivo final de todo sistema de salud, que es mejorar la salud de la población. Una de las ventajas principales del sistema de las cuentas de salud es la posibilidad de establecer prioridades en la asignación de los recursos dedicados a esas tareas y llevar a cabo su seguimiento a lo largo del tiempo.

Lograr esta posibilidad es fundamental en el desarrollo de los sistemas de salud, mientras que la tendencia actual de las propuestas de reforma es la de desglosar las funciones de rectoría, financiamiento y suministro de los servicios. La falta de previsión para definir las fuentes de los fondos que hagan operativa la rectoría del sistema de salud —dentro de la cual se encuadran las actividades y las funciones de salud pública—, puede llevar a tener que hacer frente a la aparición de crisis en esta materia, con el consiguiente peligro para la población.

Además, es bien conocido el hecho de que el mercado no asigna como es debido los recursos para el sector de la salud y que es necesaria la intervención estatal para corregir sus fallos. De ahí la función del Estado en la producción de bienes públicos y en bienes de interés social, que son parte de la labor de la salud pública. Entre ellos, destacan la capacidad para la regulación de todo el sistema de salud —incluidas las funciones esenciales— y la capacidad decisiva para el ejercicio de la función de rectoría. Por otro lado, los sistemas de salud

exigen que estas actividades estén reflejadas en las cuentas públicas y que sea posible identificarlas claramente en los presupuestos para, a partir de ahí, trasladarlas a las cuentas de salud.

Esta cuestión nos lleva a la necesidad de abordar un problema adicional, como la separación entre la planificación y elaboración de presupuestos, por un lado, y su posterior aplicación, por el otro. Se trata de un problema generalizado de la administración financiera del Estado, pero es importante destacarlo aquí.

A lo largo de este capítulo también se presentaron los elementos del marco metodológico para la determinación del costo y el presupuesto de las FESP, a partir de sus niveles de desempeño óptimo. Este marco fue abordado desde un enfoque de insumo-producto, para luego desarrollar un proceso de presupuesto y gestión por resultados. La finalidad de esta metodología es la de avanzar hacia el financiamiento de las FESP y de integrar, en los procesos de presupuesto, la gestión a través de los resultados mediante la identificación de los productos en su estado actual y la fijación de metas para lograr el desempeño óptimo de las mismas mediante el análisis de rupturas.

Para ello, se propone que cada país realice la implantación del marco metodológico de financiamiento y presupuesto, adaptándolo a la realidad de sus condiciones nacionales y a las del sector de la salud. Así pues, en cada uno de los países, la aplicación de dicho marco deberá tener en consideración las características políticas generales (países unitarios o federales), las condiciones de organización del sistema de salud (distintos grados de descentralización), las dotaciones de personal de los organismos públicos

y otros (relaciones de producción de la mano de obra intensiva), con relación a las horas/persona requeridas para los productos de cada una de las FESP. Por otra parte, los vectores de precios para costear insumos y productos serán reajustados según las condiciones y la variabilidad de cada país.

Cabe destacar que el marco metodológico de financiamiento y presupuesto ofrece la posibilidad de su aplicación conjunta con los respectivos marcos de gasto y financiamiento, y de fortalecimiento institucional de las FESP, lo que permitirá conectar los aspectos del presupuesto de operaciones con los del presupuesto de las inversiones y de las cuentas nacionales. Este acabará aportando un desarrollo integral de las FESP y completando los avances de la medición y caracterización alcanzados hasta la fecha.

Por último, el desarrollo del marco metodológico del financiamiento y del presupuesto por países facilitará la aplicación de los instrumentos de gestión por resultados más avanzados, como es el caso de los análisis de costos y eficacia (por ejemplo, el estudio de costo-eficacia de la vigilancia epidemiológica por población cubierta) o la introducción de sistemas de recompensas y sanciones dentro del presupuesto de las FESP, como en el caso de acuerdos de gestión para conseguir metas en la eliminación de rupturas en el cumplimiento de las FESP por parte de los niveles subnacionales.

## Bibliografía

Aiston E, Dickson K y Previsich N. Essential Functions in Canada's Public Health Care System, Decentralization, and Tools for Quality Assurance: Consistency through Change in the Canadian Health System. Washington D.C.: Organización Pan-

americana de la Salud, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 1/2; julio-agosto 2000.

Atchison, Barry, Kanarek y Gebbie, K. The Quest for an Accurate Accounting of Public Health Expenditures. *Journal of Public Health Management and Practice*; septiembre de 2000.

Barry, Centra, Pratt, Brown y Giordano, L. Where Do the Dollars Go? Measuring Local Public Health Expenditures; marzo de 1998.

Barry M, Bialek R, Eilbert Kay W y Garufi, M. Public Health Foundation. Measuring Expenditures for Essential Public Health Services. Washington D.C.; 1996.

Barry M, Bialek R, Eilbert Kay W, Garufi M, Gebbie K, Maiese D y Fox CE. Public Health Expenditures: developing Estimates for Improved Policy Making. *Journal of Public Health Management and Practice*; 1997.

Berrueta Colombo O. La eficacia del proceso presupuestario. *Revista ASIP* N° 29; 1995.

Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P y Saxonian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. WHS. *Bulletin of the World Health Organization*; 1994.

Claeson E, Miller y Musgrove. *Public Health and World Bank Operations*; 1999-2001.

Eilbert K et al. Measuring Expenditures for Essential Public Health Services. Washington D.C.: Public Health Foundation; 1996.

Fondo Monetario Internacional. Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas. Washington D.C.: FMI; 2001.

García Balderrama T, Calzado Cejas Y. Metodología de evaluación de la eficiencia en las entidades públicas. *Revista Internacional de Presupuesto Público* N° 35. ASIP; 1997.

Hewitt D y Van Rijckeghem C. Gastos salariales en los gobiernos centrales. *Revista Internacional de Presupuesto Público* N° 32. ASIP; 1996.

HHS. Healthy People 2010. 2a. edición. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving

Health. 2 vols. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; noviembre de 2000.

Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua. Cuentas Nacionales de Salud. Informe 1997-1999. Managua; diciembre de 2001.

Molina R, Pinto M et al. Gasto y financiación de salud: situación y tendencias. Organización Panamericana de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, Nos. 1/2; julio-agosto de 2000.

Muñoz F, López Acuña D et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Organización Panamericana de la Salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, Nos. 1/2; julio-agosto de 2000.

Musgrove, P. Protecting Health in Latin America: What Should the State Do? (versión actualizada, 19 de octubre de 2001 — documento preparado para CIP-PEC).

Musgrove P. What is the Minimum a Doctor Should Know about Health Economics? *Brazilian Journal of a Mother and Child Health*; mayo-agosto de 2001.

Oficina Nacional de Presupuesto. Informe de ejecución presupuestaria, año 2001. Santo Domingo, República Dominicana; 2001.

Oficina Nacional de Presupuesto. Manual de clasificaciones presupuestarias. Santo Domingo, República Dominicana; 1990.

Organización de Cooperación y Desarrollo — Banco Interamericano de Desarrollo. Sistema de cuentas de salud. Washington, D.C.; 2002.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Centers for Disease Control y Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud. Guía para la aplicación del instrumento de medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública. Iniciativa "La salud pública en las Américas", Medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Washington, D.C.; 2001.

OPS/HSD, CDC, CLAISS. La práctica de la salud pública en Centroamérica y República Dominicana. Medición del desem-

- peño de las funciones esenciales de la salud pública. Informe a la XVII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana; 2001.
- OPS/OMS, CDC, CLAISS. Informe ejecutivo de la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en los países de Centroamérica y República Dominicana. Iniciativa "La salud pública en las Américas". Nicaragua; 2001.
- OPS/MS, Ministerio de Salud de la República Argentina. Medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en la República Argentina. Resultados del Taller de Aplicación del instrumento llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina; noviembre de 2001.
- OPS/MS. Fortalecimiento institucional para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Lineamientos para planes nacionales de acción; 2002.
- OPS/OMS. Lineamientos metodológicos: Desarrollo de la fuerza de trabajo para el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. Reunión subregional sobre las funciones esenciales de la salud pública. Santo Domingo; 2002.
- OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Washington, D.C.; septiembre de 1997.
- Pan-American Health Organization. Pan American Journal of Public Health. Washington, D.C.; julio-agosto de 2000.
- Pan-American Health Organization y World Health Organization. Essential Public Health Functions. Washington, D.C.; septiembre de 2000.
- Pan-American Health Organization, World Health Organization, Centers for the Disease Control and Prevention, y Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud. Public Health in the Americas: Instrument for Performance Measurement of Essential Public Functions. Washington, D.C.; noviembre de 2001.
- Rathe M. La reforma de salud y la seguridad social. Santo Domingo, RD: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra; 2002.
- Rathe M. Salud y Equidad: una mirada a la financiación a la salud en la República Dominicana. Santo Domingo, RD: Macro Internacional; 2000.
- Salvo Horveilleur, L. Reunión subregional de seguimiento a las funciones esenciales de la salud pública. Republica Dominicana; 2002.
- Sorensen JE y Grove HD. Uso de los análisis de costo-resultado y costo-efectividad para el mejoramiento de la administración y la contabilidad del programa. "Administración de hospitales. Fundamentos y Evaluación del servicio hospitalario". Capítulo 13. Ed. Trillas; 1988.
- United Nations, Commission of the European Communities, International Monetary Fund, Organisation for Economic Cooperation and Development y World Bank. System of National Accounts. Bruselas, Nueva York, París, Washington, D.C.; 1993.
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, D.C.: HHS, Public Health Service (PHS); 1991.
- World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra, Suiza; 2000.

